



Demande d'affiliation à un plan existant

Pension@work

Ce document doit être complété et signé par l'employeur et par le membre du personnel. Toute information manquante (telle que le numéro du registre national) retardera le traitement des données.

Données employeur [A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR]

Nom de l'employeur : _____

Numéro du plan : _____ Numéro du contrat : _____

Données du membre du personnel

A COMPLETER PAR LE MEMBRE DU PERSONNEL :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : _____

Numéro de registre national : _____

Sexe : M F

Langue : FR NL

Situation familiale :

Isolé

Cohabitant de fait

Marié / Cohabitant légal

Séparé de fait

Divorcé

Veuf[ve]

Nom et prénom ...

date de naissance

du conjoint ou du cohabitant :

des enfants :

_____ M F _____ à charge

E-mail professionnel : _____ E-mail privé : _____

Adresse officielle :

Rue : _____ n° : _____ bte : _____

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR :

Statut social : Salarié

Type de contrat : Durée déterminée Durée indéterminée

Date d'entrée en service : _____

Catégorie de personnel existante à laquelle le membre du personnel mentionné ci-dessus doit être affilié : _____

Pourcentage de temps de travail : _____ %

Date d'entrée dans la catégorie existante : _____

Numéro de référence du membre du personnel : _____

Salaire mensuel à temps plein [le montant du salaire correspondant à un temps de travail égal à 100%] : _____ EUR

Options

A COMPLETER PAR LE MEMBRE DU PERSONNEL :

Veuillez effectuer un choix pour les garanties ci-dessous dans les limites prévues par le règlement :

- 1) Il ne sera tenu compte que des garanties prévues par le règlement.
- 2) Si votre choix porte sur une garantie pour laquelle n'est prévue aucune possibilité de choix, alors votre choix ne sera pas pris en considération.
- 3) Si pour une garantie prévue dans le règlement, vous n'exprimez aucun choix ou un choix non valable, le choix "par défaut" tel que défini par le règlement sera d'application.

Garanties Décès

- Je choisis la formule standard. La formule standard est décrite dans le règlement.
- Je détermine moi-même le niveau de la garantie¹. Le capital décès minimal est déterminé :
 - Sur la base de mon salaire de référence² (S) :
 - 100% S 150% S 200% S 300% S 400% S 500% S
 - Sur la base d'un montant fixe de EUR (maximum 100.000 EUR)
 - Sur la base d'une combinaison des deux :
 - 100% S 150% S 200% S 300% S 400% S 500% SAugmenté d'un montant fixe de EUR (maximum 100.000 EUR)
- Je souhaite ne souscrire aucun capital décès minimal. En cas de décès, la réserve constituée sera liquidée.

Garantie Décès par accident

- Je choisis la formule standard. La formule standard est définie par le règlement.
- Je détermine moi-même le niveau de la garantie¹. Le capital décès par accident³ est déterminé :
 - Sur la base de mon salaire de référence² (S)
 - 100% S 200% S 300% S 400% S 500% S
 - Sur la base d'un montant fixe de EUR
 - Sur la base d'une combinaison des deux :
 - 100% S 200% S 300% S 400% S 500% SAugmenté d'un montant fixe de EUR
- Je souhaite ne souscrire aucun capital décès par accident.

Garantie Invalidité

- Je choisis la formule standard. La formule standard décrite dans le règlement.
 - Je détermine moi-même le niveau de la garantie¹. La rente choisie est calculée sur la base de la formule :
 - 10% S1 + 70% S2 (et 70% S3 en cas d'accident du travail)
 - 15% S1 + 75% S2 (et 75% S3 en cas d'accident du travail)
 - 20% S1 + 80% S2 (et 80% S3 en cas d'accident du travail)avec S1 = 12 x le salaire mensuel limité au plafond de l'assurance légale maladie-invalidité
S2 = la partie du salaire de référence² qui excède S1
S3 = la partie du salaire de référence² qui excède le plafond légal des accidents du travail
Indexation de la rente* : 0% 1% 2% 3%
- *Ces choix se limitent aux possibilités reprises dans le règlement de pension
- Je souhaite ne souscrire aucune rente d'invalidité.

¹ Si l'affilié détermine lui-même le niveau de la garantie, il peut alors y avoir des formalités médicales.

² Le salaire de référence est défini comme étant le salaire mensuel à temps plein communiqué, multiplié par le multiplicateur salarial défini dans le règlement, multiplié par le pourcentage de temps de travail.

³ Le capital assuré en cas de décès par accident s'élève à 300.000 EUR maximum.

Garantie Vie

La prime d'épargne affectée à la constitution de ma pension sera investie dans le fonds avec taux d'intérêt de base garanti⁴, mentionné dans la convention de gestion pour l'investissement des primes vie. La convention de gestion est mise à disposition des affiliés.

Répartition de la participation bénéficiaire :

- Pour ma participation bénéficiaire, je choisis le fonds "par défaut" : le fonds avec un taux d'intérêt de base garanti⁴, mentionné dans la convention de gestion pour l'investissement des primes vie.
- Je détermine moi-même la répartition de ma participation bénéficiaire :

Composition du fonds	Pourcentage souhaité
Fonds de la branche 21 avec un taux d'intérêt de base garanti ⁴ , mentionné dans la convention de gestion pour l'investissement des primes vie %
Fonds de la branche 23 ⁵ , 100% en obligations %
Fonds de la branche 23 ⁵ , majoritairement en obligations %
Fonds de la branche 23 ⁵ , 50% en obligations et 50% en actions %
Fonds de la branche 23 ⁵ , majoritairement en actions %
Fonds de la branche 23 ⁵ , 100% en actions %
	100%

Bénéficiaires en cas de décès

Si vous souhaitez désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par le règlement, il est recommandé d'utiliser le document "Désignation/Modification de bénéficiaire(s)" prévu à cette effet.

⁴ Le taux d'intérêt appliqué à une cotisation est celui en vigueur au moment de la réception de celle-ci et est garanti pour cette cotisation pendant toute la durée du contrat. Si ce taux de base devait être revu (à la hausse ou à la baisse), ce nouveau taux serait appliqué aux cotisations versées après que cette modification ait pris cours.

⁵ Pour les fonds de la branche 23, la gamme de fonds disponibles est précisée dans la convention de gestion.
Gamme AG Life [% obligations/% actions] : Bonds World [100%/0%], Stability [75%/25%], Balanced [50%/50%], Growth [25%/75%] et Equities World [0%/100%]
Gamme Top Profit [% obligations/% actions] : Comet [100%/0%], Planet [70%/30%], Galaxy [50%/50%], Universe [30%/70%] et Cosmos [0%/100%]

Protection de la vie privée

Par la présente, le membre du personnel autorise expressément l'employeur, qui accepte, à communiquer à l'assureur, en son nom et pour son compte, les différents choix qu'il a effectués sous la rubrique "Options" du présent formulaire. Cette communication peut se faire par quelque moyen que ce soit et notamment par voie électronique.

Les données à caractère personnel recueillies au moyen de ce document sont traitées par AG Insurance SA, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53, et/ou par l'employeur conformément au documents contractuels P@w et conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ainsi qu'à la Notice Vie Privée d'AG Insurance sur le site web www.aginsurance.be.

Ces données à caractère personnel sont traitées pour l'exécution et pour la liquidation du contrat lié au présent document ainsi que pour les finalités mentionnées dans la Notice Vie Privée d'AG Insurance.

La personne concernée peut exercer ses droits relatifs au traitement de ces données au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de sa carte d'identité à envoyer par courrier à AG Insurance, Data Protection Officer, 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53, ou par email à : AG_DPO@aginsurance.be. Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Très important : l'employeur certifie l'exactitude des mentions relatives à la situation familiale et à l'adresse complète du membre du personnel à affilier.

Je déclare avoir pris connaissance de l'information sur la dernière page de ce formulaire.

Fait à _____ le _____.

Signature de l'employeur,

Signature du membre du personnel,

.....

.....

